UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1941-1942 — N° 12

CONSIDÉRATIONS
SUR
L'ASPIRATION DUODÉNALE
CONTINUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le lundi 2 Février 1942

PAR

Jean LESBORDES

DIPLÔMÉ D'ÉTUDES SUPÉRIEURES MÉDICALES D'ÉDUCATION PHYSIQUE

Né à Sabres (Landes) le 14 Août 1912

Examinateurs de la Thèse :

MM. JEANNENEY, professeur. ..... *Président*

PAPIN, professeur .....

MASSÉ, agrégé ..... *Juges*

MAGENDIE, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
PLACE DE LA VICTOIRE, 3

1942

LESBORDES (Jean)

Considérations sur l'aspiration duodénale continue. — Bordeaux, impr. E. Drouillard, 1942. In-8°, 56 p., fig.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1941-1942. N° 12.)

LESBORDES (Jean)

Considérations sur l'aspiration duodénale continue. — Bordeaux, impr. E. Drouillard, 1942. In-8°, 56 p., fig.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1941-1942. N° 12.)

LESBORDES (Jean)

Considérations sur l'aspiration duodénale continue. — Bordeaux, impr. E. Drouillard, 1942. In-8°, 56 p., fig.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1941-1942. N° 12.)

LESBORDES (Jean)

Considérations sur l'aspiration duodénale continue. — Bordeaux, impr. E. Drouillard, 1942. In-8°, 56 p., fig.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1941-1942. N° 12.)

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1941-1942 – N° 12

CONSIDÉRATIONS

SUR

L'ASPIRATION DUODÉNALE

CONTINUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le lundi 2 Février 1942

PAR

Jean LESBORDES

DIPLÔMÉ D'ÉTUDES SUPÉRIEURES MÉDICALES D'ÉDUCATION PHYSIQUE

Né à Sabres (Landes) le 14 Août 1912

Examinateurs de la Thèse :

MM. JEANNENEY, professeur..... *Président*

PAPIN, professeur ..... *Juges*

MASSÉ, agrégé..... *Juges*

MAGENDIE, agrégé..... *Juges*

BORDEAUX

IMPRIMERIE E. DROUILLARD

PLACE DE LA VICTOIRE, 3

1942

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAGENDIE

qui nous a inspiré ce travail, en témoignage de vive gratitude pour les conseils qu'il nous a prodigués.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MES JUGES

A NOTRE PRÉSIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. JEANNENEY

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

CHIRURGIEN ADJOINT DU CENTRE RÉGIONAL CONTRE LE CANCER

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

qui nous a fait l'honneur de présider cette thèse, qu'il veuille bien accepter ici le témoignage de notre respectueuse gratitude.

CONSIDÉRATIONS

SUR

L'ASPIRATION DUODÉNALE

CONTINUE

INTRODUCTION

La fréquence des occlusions intestinales, leur gravité nous ont fait prendre en considération une méthode nouvelle et particulièrement intéressante, l'aspiration duodénale continue, qui s'avère capable d'abaisser le taux de la mortalité.

En effet, si nous prenons les statistiques d'Owen Wangensteen qui a appliqué la méthode sur une grande échelle — au point qu'elle a pu être appelée méthode de Wangensteen —, nous constatons que pour cent vingt-six cas dans lesquels l'aspiration duodénale continue s'est vue appliquée soit comme traitement, soit comme adjuvant à l'intervention, il n'y a eu que quinze morts, c'est-à-dire une mortalité de 11,9 pour 100.

Nous sommes loin des chiffres de 45 à 60 pour 100 qui représentent le taux habituel de la mortalité dans les occlusions intestinales.

Dans le service de Clinique du Professeur Jeanneney, quatre salles ont été équipées en vue de la pratique de la méthode.

Nous nous proposons d'apporter dans notre travail les considérations suggérées par la pratique de cet élément thérapeutique expérimenté régulièrement et avec profit, dans ce service, à la suite de la publication de MM. Brocq, Iselin et Eudel à l'Académie de Chirurgie, en février 1941.

HISTORIQUE

Cette méthode simple, employée depuis quelques mois à peine en France, est d'un usage courant aux Etats-Unis depuis 1930. Owen Wangensteen l'a perfectionnée et codifiée en même temps, ce qui vaut à cette méthode le nom de méthode de Wangensteen.

On l'a réalisée par étapes successives. Tout d'abord il s'agissait d'une simple aspiration gastrique, que réalisait un tube placé à demeure dans l'estomac. Elle a été conseillée en 1870 par Ploss et Auerbach, en 1884 par Cahn et Küssmaul.

Mais en 1906, un Français, Poissonnier, avait eu l'idée d'une sonde dépassant le pylore dans le traitement des ulcères perforés de l'estomac.

En 1910, l'Allemand Westermann, puis Kappis (de Kiel), en 1911, employant des tubes d'Einhorn, dépassent le pylore pour remédier aux stases intestinales dans les péritonites.

Avec l'invention de la sonde de Levin, la méthode fait un grand progrès : le passage de la sonde par la narine permet une intubation prolongée.

En 1925, Ward réalise l'aspiration continue.

Il y a lieu de citer encore les travaux de Brown et Brown, les exposés plus ou moins importants des Allemands Gebele, Kirschner, Melchior, des Suisses Henschen et Howald, des Américains Schmidt et Bartlett.

Enfin, en 1930, la méthode devient pratique courante aux Etats-Unis.

Depuis longtemps elle est employée à l'Hôpital américain

de Paris pour le traitement des distensions aiguës post-opératoires.

Enfin une communication faite à l'Académie de Chirurgie le 5 mars 1941 par MM. Iselin et Eudel attire l'attention des chirurgiens français sur les mérites de ce procédé.

L'APPAREILLAGE

Il comporte trois parties : la sonde duodénale, le système d'aspiration, le flacon récepteur.

1° La sonde duodénale

Cette sonde doit passer par le nez, son diamètre ne peut donc pas être trop grand. Il doit cependant être porté au maximum, car le contenu des anses occluses n'est pas uniquement liquide. Dans certains cas il est visqueux, contient souvent des mucosités, parfois même des parasites. La sonde nécessite une résistance suffisante, une certaine épaisseur de façon que ses parois ne soient pas collabées par la puissance de l'aspiration; cette épaisseur limite le diamètre du conduit.

On peut employer la sonde de Levin. Nous employons volontiers la sonde d'Eudel.

Elle se termine par une masse métallique olivaire qui passe par le nez, bien qu'ayant un diamètre légèrement supérieur à celui de la sonde. Cette extrémité, grâce à son poids, permet à la sonde de cheminer facilement. On peut s'assurer de sa position grâce à son opacité aux rayons X.

Les trous de l'olive ont un diamètre aussi gros que celui du tube lui-même, ils permettent l'aspiration totale du contenu des anses grêles.

Elle n'a pas d'orifice terminal, par lequel un mandrin flexible placé dans l'axe de la sonde pourrait s'échapper et blesser les parois nasales ou digestives.

Les orifices de la sonde sont échelonnés en quinconces sur une longueur de 10 centimètres.

Le mandrin, avec son pouvoir conducteur et son opacité

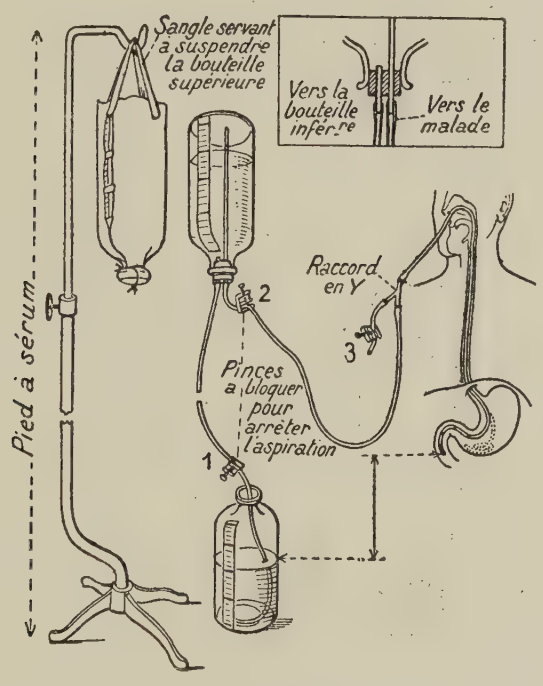


Fig. 1. — Appareillage d'aspiration continue intra-duodénale. Schéma de montage (d'après Wangensteen).

Pour monter ou démonter l'appareil, les trois pinces doivent être fermées; pour provoquer l'aspiration (et au cours de celle-ci), les pinces 1 et 2 doivent être ouvertes et la pince 3 fermée; pour laver la sonde ou prélever du liquide intestinal (à l'aide d'une seringue), les pinces 1 et 2 doivent être fermées et la pince 3 ouverte; pour arrêter l'aspiration, il suffit de fermer la pince 1.

aux rayons X, semble donner à la sonde des avantages pratiques aussi importants que ceux de la sonde en caoutchouc, moulée, opaque aux rayons X.

2° Le système d'aspiration

Le système initial de Wangensteen (voir schéma n° 1) comportait deux flacons. Le flacon supérieur était suspendu à l'aide d'une sangle. Un long tube de verre très fragile, traversant le bouchon, communiquait par un tube de caoutchouc avec l'extrémité de la sonde. La sonde et le tube

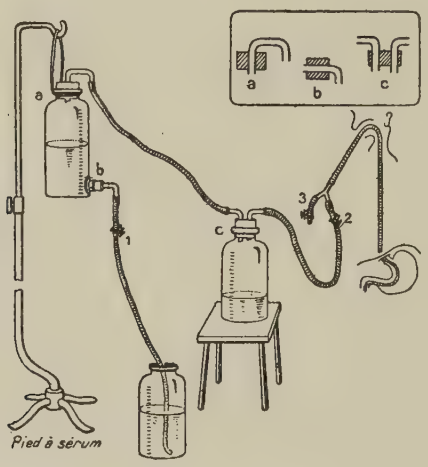


Fig. 2. — Modification de Heggs.

Noter le flacon supérieur, à double goulot, et, dans le cartouche, le détail des bouchons et des tubes. Pour l'emploi, même légende que figure 1.

étaient réunis par un raccord en Y qui permettait le lavage de la sonde. Un deuxième tube réunissait le flacon supérieur au flacon inférieur.

Ce système a été heureusement modifié par l'appareillage de M. F.-M. Heggs (voir schéma n° 2). Ici le flacon supérieur est à double goulot, il ne faut pas le retourner pour le suspendre. Le long tube fragile est supprimé. Il reste cependant deux flacons de verre. De plus, dans ce nouveau

système, la pression devient plus constante et par conséquent plus contrôlable que dans le système de Wangensteen. Ce système pourra donc être employé dans tout service chirurgical où une installation fixe, à mise en marche facile et rapide, n'aura encore été prévue.

Un tel système dont l'initiative est due au Docteur Goumain, le *système de la trompe à eau,* existe dans le service du Professeur Jeanneney. On l'adapte à un robinet à eau courante. Un manomètre branché en dérivation indique la pression. L'ensemble de l'appareil est monté sur un petit tableau mobile. Il possède l'avantage de se transporter d'une salle dans une autre. A lui seul, il pourvoit aux besoins de nos quatre salles.

Ce système de trompe à eau semble plus compliqué que l'appareillage de Wangensteen modifié par Heggs. La trompe à eau elle-même est bruyante, il faut la placer dans une autre pièce, ce qui demande une importante longueur de tuyau; l'aspiration ne peut ainsi se faire dans n'importe quelle salle.

L'aspiration continue exige pour son fonctionnement une dépense d'eau assez importante. Il est de mise, pour éviter cet inconvénient, de fermer de temps à autre le robinet, au risque de faire perdre à l'aspiration sa qualité de continue. Mais on peut éluder la difficulté en récupérant cette eau.

L'appareil qui comporte un seul flacon en devient moins encombrant et moins fragile.

La trompe à eau ne se désamorce pas. Les manœuvres du personnel infirmier se trouvent simplifiées, appréciable avantage surtout la nuit. Le manomètre permet en outre un contrôle précis de la pression.

3° Le flacon récepteur

C'est un flacon en verre gradué, contenant 2,500 litres; mais il y a intérêt à le prendre plus grand, pour le vider

moins fréquemment. Il ne doit pas dépasser 5 litres car il serait trop lourd.

Si on emploie un grand flacon, on a intérêt à le graduer avec une échelle volumétrique constituée par un ruban de leucoplaste gradué en quarts de litre.

Dans le système de Wangensteen, la bouteille où le vide est réalisé constitue le flacon récepteur; on ne peut mesurer les liquides aspirés.

Nous utiliserons des bouchons en caoutchouc pour obtenir une parfaite étanchéité; à la rigueur nous prendrons des bouchons de liège aux pores comblés de collodion.

Deux tubes de verre traversent ce bouchon et se prolongent par d'autres tubes en caoutchouc, l'un jusqu'à la source d'aspiration, l'autre jusqu'à la sonde. Sur ce dernier trajet se trouve un raccord en Y qui permet de laver la sonde sans démonter l'appareil.

On peut réaliser des appareillages de fortune, par exemple au cours d'opérations militaires, ou lorsqu'on emploie la méthode au domicile du malade.

LA MÉTHODE

Ses bases physiologiques

L'aspiration est duodénale. Le tube doit donc se trouver dans le duodénum, car le pylore qui ne bâille pas toujours, qui peut même se contracter, rend les régurgitations gastriques inconstantes ou les retarde beaucoup.

Ce n'est que le trop-plein qui passe dans l'estomac. Le reste du liquide descend dans le grêle jusqu'à l'obstacle.

L'aspiration est continue.

« Ainsi elle supplée à l'antipéristaltisme souvent absent » (Wangensteen). Elle lutte contre la déglutition de l'air et la présence des sécrétions dès leur apparition dans le duodénum.

Il nous paraît intéressant de rappeler ici les *différentes théories pathogéniques* qui cherchent à expliquer l'évolution rapidement mortelle des occlusions. Probablement les facteurs qu'elles présentent tour à tour contribuent ensemble à la gravité de l'occlusion.

La théorie nerveuse, la bacillémie, la *toxémie,* la *distension des anses grêles,* la théorie pancréatique de Debrez et Bottin, les troubles de l'équilibre aqueux et du chlorure de sodium contiennent toutes une grande part de vérité.

En effet, ce sont la congestion et l'*infiltration* des tuniques responsables de la paralysie de la musculature lisse, par l'intervention d'un réflexe.

« Ces mêmes *tuniques distendues* laisseraient filtrer les germes microbiens qui sont résorbés dans le sang de la circulation portale » (Gurewitch) ou « viennent irriter la séreuse péritonéale » (Lauwers).

Les *toxines,* quelle que soit leur nature, s'élaborent presque essentiellement au niveau du duodénum.

On sait toute l'importance qui leur a été attribuée dans la gravité de l'occlusion.

On sait aussi le rôle que l'on donne à la distension intestinale, distension due surtout à l'air dégluti. Ce rôle a été mis en évidence par Mac Iver et son collaborateur Wangensteen a démontré expérimentalement sur le chien l'action de cette distension dans les occlusions.

L'envahissement des canaux pancréatiques se produirait en raison de l'hypertension du contenu duodénal.

Dans toutes ces théories, deux faits essentiels entrent en jeu : c'est, d'une part, la stagnation des liquides de *stase* ou d'*hypersécrétion;* dans l'autre, c'est l'atteinte des tuniques intestinales perturbées dans leur anatomie et dans leur physiologie motrice et sécrétoire.

La suppression de ces phénomènes locaux, ou leur importante réduction, supprimera ou retardera leurs conséquences d'ordre général.

C'est le but que se propose l'aspiration duodénale continue; elle semble satisfaire toutes les théories pathogéniques.

En effet, l'aspiration évacue du duodénum, dès leur formation, les liquides et gaz toxiques dus aux activités hypersécrétoires de cette partie de l'intestin grêle.

A côté de ces gaz toxiques, l'air dégluti entre pour une large part, les deux tiers environ, dans les phénomènes de distension (Mac Iver, Benedick, Cline, Wangensteen). Cet air dégluti suivra le même chemin que les liquides et gaz sécrétés.

La suppression de la stagnation des liquides de stase rend impossible l'infiltration des tuniques, ce qui évite leur paralysie. Parallèlement l'action toxique de ces liquides ne peut plus se manifester.

L'élimination des gaz empêche à la fois les effets même

de la distension et le passage des microbes à travers les parois distendues.

Cependant, l'aspiration duodénale continue n'évite nullement les accidents attribués aux perturbations de l'équilibre aqueux et chloruré; elle contribue même à la diminution de ces deux éléments.

Aussi au début, jusqu'à vérification du taux des chlorures, sera-t-elle toujours accompagnée de la cure de rechloruration, dont l'efficacité soulignée par MM. Gosset, Binet et Petit-Dutaillis est incontestable dans les occlusions intestinales.

Mise en place de la sonde

On choisit la narine qui semble la plus large. Dans aucun cas d'aspiration, nous n'avons anesthésié la muqueuse. Nous facilitons le fonctionnement de la sonde par l'usage d'un lubrifiant; nous avons à cet effet utilisé du thé, du lait... Nous la poussons vers le pharynx et, dès que nous l'atteignons, nous faisons déglutir au malade sa salive ou quelques gorgées d'eau. La sonde s'engage dans l'œsophage et, très rapidement, atteint l'estomac.

Les malades, même les plus fatigués, subissent sans difficulté cette manœuvre. Des sujets très agités, après avoir arraché leur sonde, ont pu eux-mêmes la replacer. Aucun n'a trouvé la manœuvre trop désagréable, qu'il y eut un mandrin ou non.

Pour contrôler leurs affirmations, nous avons pratiqué le tubage sur nous-même. La sonde non lubrifiée, introduite dans la narine droite, poussée rapidement dans l'œsophage sans déglutition, atteint l'estomac en quelques secondes, sans désagrément ni difficulté.

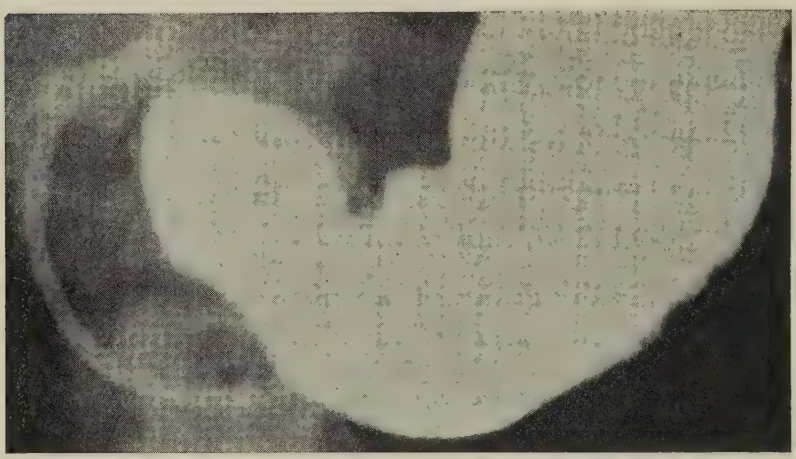
La remarquable facilité de ce sondage gastrique le fait employer par M. le Professeur agrégé Magendie à la place des anciens lavages pour préparer toute intervention sur l'estomac.

Après l'intervention, il sert encore à examiner le fonctionnement de l'estomac et se substitue aux rayons X.

La sonde parvenue dans l'estomac, on évacue avant d'aller plus loin le liquide qu'il contient.

Insistons particulièrement sur le passage du pylore, car l'aspiration doit être duodénale. Pour y parvenir, on fait coucher le malade sur le côté droit, la tête un peu basse, le siège surélevé par un coussin.

A l'aide du mandrin métallique, on peut abréger le temps



Cliché montrant que la sonde est dans le duodénum.

de la manœuvre. Dans ce cas, on a bien soin d'enfoncer le mandrin jusqu'au bout de l'olive avant de l'introduire dans les voies digestives.

On peut faciliter la progression du tube en faisant changer le malade de position et en exerçant des pressions directes. La sonde est dans le duodénum en général une heure après.

Dans notre cas particulier, le passage dans le duodénum s'est effectué au bout de trente minutes environ; au bout de ce temps, nous avons en effet noté la disparition des

gargouillements gastriques et l'apparition de bile à l'extrémité externe de la sonde.

Le cliché radiologique ci-dessus a permis de contrôler ce passage.

Ce passage rapide de la sonde chez un sujet bien portant nous incite à penser que chez tout sujet en état d'occlusion, elle doit être mise en place le plus tôt possible.

De plus, lorsqu'elle sera parvenue dans le duodénum, le péristaltisme la fera avancer puisque la sidération intestinale ne se manifeste pas encore.

En effet, au bout d'une heure trente, la sonde avait atteint l'angle duodéno-jéjunal et, une demi-heure après, la sonde émergeait à peine de la narine.

Comment s'assurer de la position duodénale de la sonde ?

L'arrêt du gargouillement gastrique au moment du passage dans le duodénum, test proposé par Chiray et Milochewitch, nous paraît peu intéressant en raison des modifications que peut apporter l'état d'occlusion.

On peut encore faire absorber au malade un liquide teinté, vin rouge le plus habituellement, ou bleu de méthylène. Si le liquide est ramené dès la fin de la déglutition, c'est que la sonde n'a pas franchi le pylore.

Le moyen de contrôle le plus efficace est le contrôle radiologique.

Cet examen indispensable, puisque capable de préciser le siège de l'occlusion, se réalise d'autant mieux que le malade, immédiatement soulagé par une aspiration gastrique de quelques minutes, peut supporter facilement cet examen.

La radioscopie permet de percevoir l'extrémité de la sonde et donne rapidement la certitude de sa présence dans le duodénum. Cette certitude peut être acquise sans préparation. En cas de doute, on fait ingérer un peu de baryte

au patient. Nous ne recommandons pas l'injection de ce produit par la sonde, qu'il risquerait de boucher.

Ces manœuvres sous l'écran permettent, dans le cas où elle est encore dans l'estomac, de placer la sonde grâce au mandrin dans les conditions les meilleures pour le passage du pylore. On peut provoquer ce passage en changeant la position du malade, car l'estomac peut être repoussé ou comprimé par les anses occluses et dilatées. Pourtant un spasme peut parfois empêcher le passage. Pour le combattre, Argill et Beams ont envisagé, en 1931, l'inhalation de nitrite d'amyle, mais, d'après Simia, ce procédé peut rester sans effet ou même nuire.

Si le spasme est provoqué par l'hyperacidité gastrique, il suffit de la saturer à l'aide de solutions bicarbonatées.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'expérimenter les injections sous-cutanées d'atropine, qui faciliteraient le passage du pylore. Ces injections se font à la dose de 1/2 milligramme, à répéter en cas de difficultés.

Mise en marche de l'aspiration. Son contrôle.

La mise en marche est simple, rapide et facile. Il suffit d'ouvrir le robinet. Le manomètre permet de contrôler la pression qui *doit être voisine de 75 centimètres.* Au delà, elle risquerait d'aspirer la muqueuse et de la léser.

Les liquides aspirés étant gluants et visqueux, on pourra les diluer en pratiquant des lavages par la courte branche du raccord en Y, ce qui évitera l'arrêt de l'aspiration.

On bloquera la pince du tube d'aspiration.

On peut encore diluer très simplement ces liquides en faisant boire les malades; cet inconvénient qui existait avant l'aspiration disparaît puisqu'on reprend d'une main ce qu'on donne de l'autre.

Le tube peut être bouché par un ascaris; il faudra alors

retirer la sonde pour enlever le gênant parasite, comme nous l'avons vu dans un cas.

Avec le système de la trompe à eau, il suffit de vider le flacon collecteur, ce qui diminue le nombre des manœuvres. Pour rendre le tube très supportable, on le mobilisera légèrement de temps en temps et on lubrifiera la narine.

Retirer le tube reste une manœuvre très simple, quoique légèrement désagréable, le tube paraît alors d'une longueur infinie.

INCONVÉNIENTS DE LA MÉTHODE

1° Les inconvénients dus au tubage lui-même

Il est des cas où la sonde ne peut repasser le duodénum, elle sera éliminée dans les selles après la levée de l'occlusion. C'est d'ailleurs un fait des plus rare. Il a été signalé par Paviot et Levrat, dans un cas où la sonde avait fait un double nœud.

Dans nos observations, nous n'avons jamais constaté d'ulcération œsophagienne. Pour les éviter, il suffit d'ailleurs d'humidifier sonde et muqueuse.

Nous avons pourtant noté une ulcération nasale produite par le mandrin. L'extrémité de la sonde avait buté contre la cloison nasale malformée et le mandrin était sorti par le trou latéral. Mais, même dans ce cas, on peut attribuer cet accident à une erreur de technique qui ne doit pas se produire et que seul peut entraîner l'emploi du mandrin.

2° Les inconvénients dus aux troubles physiologiques

L'évacuation de plusieurs litres de sécrétions intestinales détermine des perturbations dans l'équilibre aqueux et chloruré sodique. Il y a parallèlement diminution des protéines et de la vitamine B.

Ces perturbations, qu'elles agissent sur l'état général ou sur le mécanisme même de l'occlusion, restent réelles et importantes. Mais on peut efficacement les combattre.

C'est ce qui indique l'*administration de sérum chloruré hypertonique* en quantité abondante. On l'administre à ces malades par voie sous-cutanée ou en goutte à goutte intraveineux.

Pour combattre la déficience en protéine et en vitamine B, on donne *au cours des repas* une quantité suffisante de ces éléments, ce qui entraîne l'arrêt de l'aspiration pendant quelques heures.

Nous n'avons jamais eu l'occasion de noter les premiers signes cliniques de l'alcalose (dyspnée, cyanose, céphalée), ce qui ne nous a pas incité à doser la réserve alcaline, et les accidents de cette nature ont été produits par des aspirations continues de très longue durée.

INDICATION DE L'ASPIRATION DUODÉNALE CONTINUE

1° Dans les iléus paralytiques postopératoires

L'aspiration duodénale continue doit toujours être pratiquée, puisque dans ce cas la temporisation est habituelle. La réintervention est rarement précoce. Et dans l'absolue majorité des cas, il s'agit de phénomènes parétiques que l'aspiration fera cesser très souvent à elle seule. En effet, les anses retrouveront leur mobilité à condition de retrouver une certaine capacité de mobilité disparue en raison du resserrement, de la compression, des coudures et de l'emprisonnement, tous consécutifs à la distension.

Et les résultats incontestables dans les cas de distensions gazeuses postopératoires ont fait dire à juste raison que la méthode de Wangensteen était un triomphe.

2° Dans les occlusions en dehors de toute intervention récente. Cas de l'iléus réflexe.

La méthode paraît indiscutable comme l'a montré une observation de M. François Eudel. Il s'agit d'une malade dont l'état occlusif s'est constitué peu à peu au cours d'une péritonite *post-abortum*. Ce procédé l'a guérie en quelques heures.

En résumé, « elle est particulièrement indiquée dans toutes les occlusions pour lesquelles on est en droit d'espérer une résolution spontanée, mais dans lesquelles il faut par une dérivation externe des toxines intestinales per-

mettre au malade de passer les quelques jours qui le séparent de cette résolution » (Docteur Goumain).

3° Cas des occlusions dont le diagnostic est ferme

Dans ces cas, l'occlusion est due à un obstacle mécanique irréductible, à un étranglement.

L'intervention sera alors d'une nécessité absolue car l'aspiration ne peut lever l'obstacle, qui arrête le transit et met en jeu la vitalité de l'intestin.

Cependant, durant les quelques heures précédant parfois l'intervention, il sera très utile de la pratiquer. Elle évite les vomissements désagréables et dangereux qui surviennent au cours de l'anesthésie. Le malade se présentera au chirurgien avec un état général très amélioré, un état de shock très amoindri.

Ce dernier opérera sur un ventre moins distendu, souvent complètement aplati. Et nous croyons cette distension d'autant plus diminuée que la sonde aura atteint le duodénum.

L'exploration des anses grêles s'effectuera alors dans les conditions les meilleures.

4° Cas des occlusions dont le diagnostic est indécis

C'est dans ces cas que la méthode risque de faire courir un danger au malade.

En effet, facile à pratiquer, elle va faire rapidement disparaître les douleurs, le météorisme. Le malade va voir son état général s'améliorer, il ne cachera pas sa satisfaction, contrôlera lui-même la marche de l'appareil qui lui apporte le soulagement.

Il peut même signaler la réapparition de gaz.

Et ainsi on risque de prolonger trop avant l'aspiration dont il ne faut pas attendre plus qu'elle ne peut donner; on risquerait de passer l'heure chirurgicale.

Aussi, dans ces cas, on ne rejettera pas la méthode, mais le malade devra être l'objet d'une surveillance constante, redoublée.

On notera la température, on s'appuiera sur la leucocytose sanguine qui peut s'élever, l'accélération du pouls sera considérée comme un signal d'alarme.

On pratiquera alors une intervention exploratrice et, ici encore, on n'aura pas à manipuler des anses très dilatées. On évitera au malade le danger que lui faisait courir cette manipulation désordonnée très meurtrière.

Sans l'aspiration, on aurait eu recours à l'iléostomie, souvent pratiquée dans de mauvaises conditions et qui, d'après Yovanovitch, donne 30 pour 100 de mort, même dans les cas où elle avait été pratiquée dans de bonnes conditions.

Ces insuccès de l'iléostomie sont dus souvent à son retard, elle est faite sur un malade fatigué, à intestin inerte. Quelquefois, un milieu de péritonite plastique ne permet pas un choix judicieux pour réaliser, à l'aide d'une petite incision, le meilleur drainage. Cette incision haute est près du foyer, zone paralysée, basse, les liquides toxiques cheminent le long du grêle.

De plus, l'iléostomie peut mal fonctionner, la sonde peut tomber précocement, elle peut laisser une fistule intarissable du grêle.

L'iléostomie, acte opératoire, peut enfin se révéler quelquefois inutile.

L'aspiration duodénale continue ne présente aucun de ces inconvénients. Elle est mise en œuvre dès les premiers signes de l'occlusion. Les liquides toxiques dès leur formation sont évacués, ce qui évite leur absorption par le grêle. On n'a rien à regretter si elle est faite inutilement.

Elle semble donc devoir se substituer à l'iléostomie. Mais cette dernière ayant cependant à son actif de nombreux succès, il est des cas où l'on pourra associer l'iléostomie à l'aspiration continue.

5° Dans le traitement des ulcères perforés

Elle est conseillée par le Docteur Goumain; il pense que dans ce traitement, la méthode de Wangensteen peut rendre de grands services.

A ce sujet, il écrit : « Elle apportera au simple enfouissement un complément de sécurité. Elle n'a aucun des inconvénients immédiats ou tardifs de la gastro-entérostomie et, mieux qu'elle, elle mettra l'ulcère dans les meilleures conditions de cicatrisation. »

6° Dans les cas d'occlusions inopérables

Dans tous les cas où l'intervention ne peut être pratiquée, quelle que soit la raison de cet empêchement, la méthode nous paraît formellement indiquée.

Elle pourra se faire alors avec un appareillage de fortune, au domicile même du malade.

L'aspiration duodénale continue deviendra une méthode médicale, elle soulagera les derniers jours du malade, elle soulagera le médecin qui ne sera plus réduit à un aveu total d'impuissance devant ce malade que le chirurgien ne peut plus aider à vivre.

OBSERVATIONS

Observation I (Inédite)

Service de M. le Professeur Jeanneney, due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé J. Magendie

P... (Céline), soixante-quatre ans.

Malade depuis dix jours, a été prise de douleurs aiguës dans la région lombaire droite en sortant de son travail. Depuis lors, elle vomit; arrêt complet des matières et des gaz; elle n'a pas de fièvre.

Elle est vue en consultation par un chirurgien en ville avec son médecin traitant et on lui propose le transfert à l'hôpital. Elle ne se rend pas à ce conseil. Ce n'est que le 7 novembre 1941, au douzième jour de l'occlusion, qu'elle se décide enfin à entrer devant l'aggravation des signes généraux.

Appelé d'urgence dans la nuit, on trouve cette malade avec un facies encore bon malgré les yeux cernés. La langue est saburrale, mais humide. L'abdomen est météorisé en obusier, avec mouvements de reptation très nets des anses. Toucher vaginal et toucher rectal : rien à signaler.

On installe l'aspiration duodénale continue. Dès que le tube est dans l'estomac, on retire 1 litre de liquide jaune fétide, d'aspect fécaloïde, qui dépose au fond du vase.

Le lendemain, à l'anesthésie buccale, l'interne fait une cœcostomie, mais trouve un cœcum plat.

On continue l'aspiration qui est interrompue pendant deux heures matin et soir pour permettre à la malade d'absorber un peu de liquide (tisane sucrée, bouillon salé en petite quantité). On fait du sel sous la peau et dans les veines à haute dose; la malade va mieux, mais ne rend pas de gaz, les mouvements de reptation persistent. La radiographie montre

cependant que l'olive est dans le jejunum à 15 centimètres de l'angle duodénal.

On intervient alors le 11 novembre 1941 sous rachianesthésie à la percaïne (12 centigrammes au niveau de L 2).

Laparotomie médiane. On trouve un peu de séropus dans le ventre et une anse volumineuse, épaissie, atteinte de péritonite légère, plonge dans le Douglas et est étranglée par une bride partant des annexes gauches et se fixant au sacum. Après section de cette bride, on dégage doucement l'anse incarcérée qui est sphacélée et perforée en trois points; extériorisation sur des compresses. Sulfamides et mèches dans le Douglas.

Trois jours après, résection de l'anse extériorisée et pose de l'entérotome de Dupuytren à deux reprises, à huit jours d'intervalle. Les matières passent en grande partie suivant le cours normal, mais il persiste une importante fistule du grêle qui est en cours de traitement et ne donne plus d'inquiétude.

Dans cette occlusion du grêle portant heureusement sur une anse iléale basse et, de ce fait, bien tolérée relativement pendant douze jours, on a différé l'intervention de quatre jours volontairemnt pour mettre la malade en meilleur état avant de l'opérer.

En effet, les signes généraux n'étaient pas immédiatement inquiétants et il semble que la malade n'ait pas souffert, au contraire, de cette attente.

Il est possible que le sphacèle de l'anse se soit effectué pendant cette expectative, mais, par contre, l'état général s'est considérablement amélioré et l'opération a eu lieu dans de bien meilleures conditions sur un abdomen plat, chez une malade dont l'état circulatoire s'était nettement remonté.

Peut-être cependant conviendrait-il de ne pas dépasser deux jours de préparation lorsqu'on soupçonne une occlusion par strangulation.

Observation II

Service de M. le Professeur Jeanneney, due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé J. Magendie

(Jeanneney, Magendie, Goumain et Labarde, *Soc. Anat. Clin. de Bordeaux*, décembre 1941)

B... (Odet), trente-sept ans.

Le malade entre dans le service de Clinique Chirurgicale le 15 novembre 1941.

Trois jours avant, il a été pris de coliques et de vomissements et, depuis lors, il n'aurait rendu, dit-il, que de rares gaz.

L'interne du service trouve le malade fatigué. Sa température est légèrement fébrile (37° 5), le ventre est souple, un peu météorisé, sans ondulation péristaltique ni voussure à jour frisant. Il existe une légère douleur diffuse, à la palpation de tout l'abdomen.

A la percussion, une matité bilatérale dans les flancs se déplace avec les changements de position du malade. Le signe du flot est positif. La matité hépatique est conservée. Au toucher rectal, rien d'anormal.

Il pense à une péritonite tuberculeuse à forme ascitique, avec phénomènes de sub-occlusion.

L'existence d'une hanche ankylosée à la suite d'une coxalgie de l'enfance l'encourage à persévérer dans ce diagnostic.

On installe l'aspiration duodénale continue. Elle permet de retirer un liquide noirâtre abondant. On rehydrate le malade et on lui donne du sel par voie intraveineuse et sous-cutanée. Le malade rend quelques gaz et se sent mieux.

Le 17 novembre, dans la soirée, le malade recommence à souffrir et à vomir. Il s'agite beaucoup dans la nuit et arrache sa sonde nasale.

Le 18 novembre, par contre, une amélioration semble se dessiner. Le malade ne souffre presque plus. Il signale que l'aspiration ne fonctionne plus et en réclame la révision, car il se trouve considérablement amélioré par elle. Les vomissements ont cessé. Cependant quelques signes de mauvais augure apparaissent dans l'après-midi et on commence à deviner des ondulations péristaltiques sous la paroi.

Le 19 novembre au matin, la situation s'est transformée et considérablement aggravée. La température est à 37° 8. Mais le pouls est brusquement monté à 128. Le visage est cyanosé, la respiration courte et la voix cassée. Sous la paroi abdominale, des anses transversales volumineuses se dessinent, animées de mouvements péristaltiques indiscutables.

L'opération est pratiquée d'urgence, sous rachianesthésie.

On trouve des anses grêles surdistendues, gorgées de liquide.

Dans la fosse iliaque droite existe un agglutinat d'anses intestinales, qui est la cause vraisemblable de l'occlusion. Un peu de pus apparaît. Etant donné la fatigue du malade, on se borne à mécher et à drainer au contact. Vidange rapide après ponction au bistouri des anses grêles, en amont, énormes et subdistendues par des liquides fétides. Iléostomie en profitant de la brèche de ponction. Sulfamides dans le péritoine.

Le malade semble se remonter pendant quelques heures, puis meurt dans la nuit.

A l'autopsie, on trouve une anse grêle étranglée par une bride dans la fosse iliaque droite. L'intestin est en voie de sphacèle et un abcès était en formation à son contact.

En résumé, une occlusion du grêle vue tardivement au troisième jour, chez un ancien coxalgique fatigué, d'état général précaire, et ne présentant pas de réactions marquées, a été prise pour une péritonite tuberculeuse. L'accumulation de liquide dans les anses grêles atones en a imposé à tort pour des signes d'ascite et la radiographie n'a pas été faite qui eut redressé vraisemblablement le diagnostic.

L'aspiration duodénale continue a produit une telle amélioration des signes généraux qu'on a laissé au second plan les signes locaux de l'occlusion qui persistait et que le diagnostic a continué à errer pendant trois jours, ce qui est regrettable.

Cette observation est un exemple d'un diagnostic douteux dans lequel la pratique de l'aspiration duodénale continue n'a fait intervenir qu'alors que l'heure chirurgicale était passée.

Observation III

Service de M. le Professeur Jeanneney

(*Journal de Médecine de Bordeaux*, 30 novembre 1941)

Dilatation gastro-jéjunale après gastrectomie

B... (Julien), cultivateur, âgé de cinquante-neuf ans, est opéré le 28 mai 1941 par M. le Professeur Jeanneney. Gastrectomie facile sous anesthésie générale à l'éther, pour un petit ulcère pylorique.

Le lendemain 29 mai 1941, malade fatigué, langue sèche. Pouls à 105. Température à 37° 2. Ventre un peu ballonné dans la région sus-ombilicale. Nausée. Deux lavages d'estomac ramènent un abondant liquide verdâtre.

Le 30 mai 1941, aggravation de l'état général. Facies tiré, nez pincé, yeux excavés, langue sèche. Soif ardente. De nouveaux lavages gastriques sont pratiqués et ramènent toujours une grosse quantité de liquide vert foncé, presque noir. Sérum hypertonique intraveineux. Chaque lavage améliore le malade, mais pour une durée très courte.

Le même jour, à 17 heures, devant la persistance du syndrome et l'aggravation de l'état général, on décide de pratiquer une aspiration continue.

L'aspiration fonctionne très bien et le liquide gastrique est évacué régulièrement.

Le résultat est miraculeux. Le malade, qui donnait l'impression de ne pas devoir passer la nuit, s'améliore presque immédiatement.

Pendant trente-six heures, plusieurs litres de liquide gastro-duodénal sont évacués. En même temps, hydratation par voie sous-cutanée et sérum de Gosset intraveineux.

Le 1er juin, dans la matinée, la sonde ne ramène plus que de l'air. On cesse l'aspiration continue.

Les suites opératoires sont alors normales.

Dans cette observation, on peut comparer les effets du lavage gastrique ancien et de l'aspiration duodénale continue sur ce sujet atteint de dilatation gastro-jejunale grave

après gastrectomie. Les lavages gastriques suivant l'ancienne méthode améliorent le malade chaque fois pour une durée très courte. Il a suffi de trente-six heures d'aspiration duodénale continue, retirant plusieurs litres de liquide, pour transformer ce malade de façon presque miraculeuse et redonner des suites absolument normales.

Observation IV (Inédite)

Service de M. le Professeur Jeanneney

C... (Joseph), soixante ans.

Le malade est opéré le 7 octobre pour hernie étranglée. Pendant quarante-huit heures, les suites semblent normales. Le malade dit avoir rendu des gaz.

Le 10 octobre, le malade est agité, n'a pas dormi, présente du hoquet.

Il a des douleurs à droite, douleurs à type de coliques, mais moins violentes que celles ressenties avant l'opération.

Son abdomen est distendu, on note des mouvements de reptation des anses grêles qui se dessinent dans toute l'étendue de l'abdomen, un volumineux ballonnement épigastrique avec ondulations péristaltiques. La matité hépatique a disparu. Le malade ressent une douleur à la décompression et à la palpation de l'abdomen. Le maximum de douleur siège dans la fosse iliaque droite.

On décide d'intervenir.

Néanmoins, on installe l'aspiration duodénale continue. La sonde est enfoncée sans mandrin; malgré l'état de fatigue du malade, elle passe sans difficulté.

Le liquide immédiatement aspiré est noirâtre. Le malade ressent aussitôt un grand soulagement. Le météorisme diminue d'une façon importante.

On arrête l'aspiration au bout de six heures pour intervenir.

A l'intervention, on trouve une perforation avec de gros phénomènes inflammatoires du côté du péritoine.

Le malade meurt dans la nuit.

Dans cette observation, l'aspiration duodénale continue,

pratiquée seulement pendant six heures pour ne pas retarder une intervention urgente, a cependant permis l'affaissement du météorisme épigastrique et le malade a été amené en bien meilleur état sur la table d'opération.

Observation V (Inédite)

Service de M. le Professeur Jeanneney

Pelvipéritonite

Z... (Marguerite), vingt-trois ans.

La malade entre le 9 août 1941 pour une pelvipéritonite grave ayant débuté six jours auparavant, après trois semaines de phénomènes subaigus.

On sent bomber une collection dans le Douglas.

Colpotomie avec issue de pus horriblement fétide. Suites orageuses. Alternatives de rétentions d'urine et de drainages. Mauvais état général nécessitant deux transfusions. Phlébite de la jambe gauche.

Le 5 septembre 1941, l'état empire et la péritonite semble se généraliser. Ballonnement abdominal important. Pouls très rapide, mauvais facies.

Sur cette malade presque mourante, on recule devant une iléostomie et on décide l'aspiration duodénale continue.

Passage de la sonde avec le mandrin. On évacue une importante quantité de liquide fécaloïde. Le ballonnement épigastrique, très marqué chez cette femme, disparaît dès le lendemain, elle se sent considérablement soulagée. L'amélioration est telle après quarante-huit heures qu'on discute de nouveau la possibilité d'une intervention chirurgicale de fistulisation du grêle.

La malade est emportée par sa famille et meurt chez elle quelques jours après.

Dans cette observation, l'aspiration duodénale continue, pratiquée sur une malade presque mourante, en pleine péritonite subaiguë depuis de longues semaines, a amené une diminution telle du ballonnement que cette malade

s'est trouvée transformée et qu'après quarante-huit heures, on a pu envisager la possibilité d'une intervention chirurgicale antérieurement impossible.

Observation VI (Inédite)

Service de M. le Professeur Jeanneney, due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé J. Magendie

J... (Marie), quarante-sept ans.

Entre le 22 juillet 1941 pour une crise d'obstruction intestinale datant de sept jours.

Depuis le 15 juillet, en effet, elle a été prise de nausées, d'éructations, de coliques violentes et, depuis deux jours, l'arrêt des matières et des gaz est complet et la malade vomit de façon incessante. On note que depuis six mois, elle présentait des douleurs intestinales avec météorisme et borborygmes; la constipation était tenace et, après deux mois, elle avait émis à plusieurs reprises des glaires et du sang.

Malgré cela, excellent état général, appétit conservé; elle n'avait pas maigri.

A l'examen, la malade a un facies tiré, yeux cernés, elle présente un gros météorisme, prédominant dans l'étage susombilical; on perçoit une anse volumineuse, sonore, avec des mouvements de reptation lents.

Toucher rectal négatif. Toucher vaginal : gros utérus fibromateux sans rapport avec l'occlusion.

En attendant la radiographie, on installe à 16 heures l'aspiration continue. Le lendemain, on trouve la malade soulagée; le facies est meilleur, le ventre est plat, elle a rendu des gaz en abondance.

La radiographie montre un gros intestin distendu; on pense à une occlusion basse du gros intestin et on décide d'opérer dès le lendemain 23 juillet 1941.

L'aplatissement de l'abdomen permet de faire dans d'excellentes conditions la laparotomie médiane exploratrice sous anesthésie générale à l'éther. Par la petite incision de laparotomie médiane, la main explore et trouve un cancer de l'angle gauche du volume d'une mandarine, siégeant juste au-dessous

de l'angle. On referme l'incision médiane et, par une laparotomie oblique partant de la pointe de la onzième côte gauche, on aborde la lésion. Décollement difficile de la tumeur qui est adhérente, extériorisation, résection après anastomose en canon de fusil des deux pieds de l'anse.

Suites normales pendant vingt-quatre heures, puis ascension de la température à 38° 5, du pouls à 120. On remet l'aspiration duodénale; la malade est agitée, arrache son tube.

Le deuxième jour, l'ascension du pouls et de la température continue, le facies devient péritonéal. La malade tombe dans le collapsus et est emportée mourante chez elle.

Dans cette occlusion basse du gros intestin avec très gros météorisme, l'aspiration duodénale continue avait amené, contrairement à ce qui est classique, une amélioration très considérable du ballonnement abdominal.

Sous l'influence de la vidange des anses grêles, il semble que la sténose spasmodique surajoutée au néo avait cédé, puisque une émission abondante de gaz fit suite à l'occlusion complète quelques heures après l'installation de l'aspiration. Mais, malgré cette amélioration surprenante, l'anse colique en amont de la tumeur était encore un peu distendue à l'opération.

Celle-ci s'avéra comme très grave et les phénomènes de cellulite péritonéale emportèrent rapidement la malade, comme si elle avait été opérée en pleine occlusion.

On peut conclure de cette observation que la disparition rapide du météorisme dans une occlusion basse ne suffit pas à rendre opérable un malade atteint d'occlusion récente et qu'on doit toujours agir avec la même prudence dans ces cas d'occlusion intestinale, traitée ou non par l'aspiration duodénale continue.

Observation VII (Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé J. Magendie

F... (Monique), onze ans.

Depuis trois ou quatre jours, la petite malade présentait malaise, coliques, diminution de l'appétit; cependant, selle quotidienne. La veille, à 18 heures, les coliques intéressent tout l'abdomen. Un vomissement. Température à 38° 6. Pouls à 92. Point douloureux à droite.

Ce n'est que le lendemain, devant l'aggravation nette des symptômes, l'apparition d'un facies péritonéal et d'un ventre de bois, que l'enfant est amenée d'urgence par son médecin.

Température à 39°. Pouls à 110. La péritonite est généralisée.

Appendicectomie d'un appendice sphacélé à sa base, œdémateux, de la grosseur du petit doigt; pus abondant avec flocons fibrineux dans tout le ventre.

Aspiration du liquide, drain dans le Douglas, compresses dans la plaie laissée largement ouverte.

Le lendemain, la température descend d'un demi-degré, le pouls reste à 110, le facies est meilleur.

Mais le troisième jour, il remonte à 120, le facies est altéré, il y a des régurgitations de liquide noir verdâtre, distension épigastrique.

On place facilement chez cet enfant indocile une sonde nasale et on fait l'aspiration continue avec des flacons type Wangensteen; pendant vingt-quatre heures on retire 200 cc. de liquide vert noirâtre; grosse amélioration. On cesse l'aspiration pendant la nuit pour la recommencer le lendemain. La température continue d'osciller entre 37° et 38°, le pouls entre 90 et 100; la malade rend mal ses gaz, mais l'état général est amélioré depuis l'aspiration.

Un volumineux abcès du Douglas se forme qui est incisé le 6 septembre 1941. Le ventre s'aplatit, il y a plusieurs selles spontanées, l'état général s'améliore.

Mais dans la nuit du 14 au 15 septembre, reprise de coliques extrêmement violentes avec nausées et vomissements. On installe de nouveau l'aspiration duodénale qui retire 200 cc. de

liquide vert fétide, L'épigastre s'aplatit, le facies est meilleur, mais les coliques persistent.

On fait alors l'iléostomie le 16 septembre 1941. Celle-ci donne abondamment. On supprime l'aspiration. L'amélioration s'accentue et les gaz recommencent à passer par le rectum.

Revue depuis avec un excellent état général, mais présentant encore parfois des coliques.

En résumé, dans une péritonite généralisée grave par appendicite gangréneuse, l'aspiration duodénale postopératoire faite le troisième jour, à un moment particulièrement critique des suites, a rétabli de façon inespérée une situation extrêmement compromise.

Après plusieurs complications, une occlusion d'origine inflammatoire a dû être traitée par dérivation. Cette fois, c'est comme préparation à l'opération que l'aspiration duodénale a été utilisée avec succès pendant vingt-quatre heures.

Observation VIII

Service de M. le Professeur Jeanneney

(*Journal de Médecine de Bordeaux*, 30 novembre 1941)

Sténose du grêle (préparation à l'opération par la méthode de Wangensteen)

M... (Pierre), soixante-dix ans.

Pris brusquement, le 22 juin 1941, de douleurs violentes abdominales à type de colique, suivies de vomissements verdâtres, puis jaunâtres.

Vu seulement le 28 juin 1941.

Etat général : paraît touché, cerné au-dessous des yeux; vomissements incessants de liquides porracés et même fécaloïdes. Cependant, la langue reste humide et quelques rares gaz sont encore émis par l'anus.

Le ventre est ballonné avec dessin des anses dilatées.

Radiographie (le 28 juin) : dilatation énorme des premières anses grêles.

Diagnostic : sténose du grêle par étranglement interne. Il paraît probable que le malade ne supportera pas une anesthésie générale et une laparotomie avec brassage des anses dilatées.

On décide de surseoir à l'intervention et d'essayer d'affaisser le ventre par la méthode de Wangensteen.

Le 28 juin (20 heures), mise en place d'une aspiration continue par tube d'Eudel introduit par la narine. Evacuation pendant la nuit d'une grande quantité de liquide porracé et de gaz.

Le 29 juin (matin), le facies est nettement amélioré. Le ventre est plat. Il est possible d'envisager une intervention sous anesthésie locale.

Intervention (Docteur Goumain). Laparotomie médiane sous anesthésie locale. Il s'agit d'un pincement latéral du grêle (partie moyenne) dans un orifice d'hernie obturatrice. Libération. Enfouissement d'une ulcération du grêle.

Suites opératoires : l'aspiration est maintenue en place pendant trente-six heures. Sérum hypertonique intraveineux (quatre fois 20 cm^3 par jour). Sérum physiologique sous-cutané (2 litres par jour).

Le 30 juin : chlore globulaire, 1 gr. 86; chlore plasmatique, 4 gr. 08. Rapport Cl G/Cl P = 0 gr. 45.

Suites normales vers la guérison.

Observation IX (Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Massé

M^me^ M... (Jeanne), soixante-neuf ans.

La malade a depuis une dizaine d'années une hernie crurale gauche de la grosseur d'un poing, qui la nuit au lit se réduisait spontanément.

Le 5 décembre 1941, après le repas de midi, douleurs au niveau de la région inguino-crurale gauche. Dans l'après-midi, vomissements alimentaires.

Les jours suivants, vomissements bilieux, verdâtres. Depuis le 5, arrêt total des matières et des gaz. La malade ne fait

appeler un médecin que quatre jours après; elle est envoyée d'urgence à l'hôpital le 9 décembre 1941, vers 14 heures.

Examen : volumineuse hernie crurale gauche, irréductible, douloureuse. Malade extrêmement fatiguée, déshydratée, peau de chien, yeux cernés, abdomen uniformément ballonné, pouls à 120.

Dès son entrée à l'hôpital, mise en place d'une sonde d'Eudel. On aspire avec une seringue plus d'un litre de liquide noirâtre, très fétide.

La sonde a été introduite avec mandrin, la malade étant très fatiguée (on lui fait des tonicardiaques).

Dans l'après-midi, on continue à aspirer du liquide noirâtre, en tout un demi-litre dans l'après-midi.

A 20 heures, intervention. Anesthésie locale. Incision verticale : on trouve une hernie crurale grosse comme le poing, avec de l'intestin violacé, de l'épiploon avec une épiploïte importante et adhérente au niveau du sommet et du collet du sac. Réduction. Drainage.

Injection d'un litre de sérum intraveineux avec solution antichoc. On continue l'aspiration jusqu'au lendemain, on ne ramène plus rien.

Suites excellentes. La malade quitte l'hôpital vingt-deux jours après.

Observation X (Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Massé

M... (Albert), vingt-neuf ans.

Entre dans le service de M. le Professeur Massé le 27 novembre 1941 vers 12 heures, en état d'occlusion depuis quatre jours.

Examen : malade d'un bon état général, non déshydraté, pas de température. Pouls ralenti à 50. Ventre météorisé d'une manière uniforme. Pas de contractions intestinales se dessinant sous la paroi. Pas de contracture. Ventre souple dans son ensemble. Tympanisme.

Depuis son entrée, le malade vomit par intermittence et a

des crises de coliques intestinales extrêmement douloureuses. Arrêt total des matières et des gaz.

A 17 heures, lavement hypertonique : deux selles normales.

On fait sérum salé hypertonique intraveineux (20 cm^3).

Le 28 au matin : dans la nuit, le malade n'a pas eu de gaz; il est encore en état d'occlusion.

On installe l'aspiration continue.

Lavement baryté le 28, à 10 heures : le transit des colons est normal, il s'agit d'une occlusion du grêle.

Ce malade avait été opéré pendant la guerre, le 20 février 1940, à Troyes, d'une appendicite pour laquelle on avait mis un drain. On porte le diagnostic d'occlusion du grêle par bride consécutive à l'appendicectomie.

Intervention : laparotomie médiane sous-ombilicale; on trouve des anses grêles très dilatées et un cœcum aplati. En amont de la valvule iléo-cœcale et environ à 8 ou 10 centimètres d'elle, on trouve une bride qui vient du grand épiploon et qui va par ailleurs au niveau du fond du petit bassin, étranglant une anse grêle. Etranglement extrêmement serré. On supprime cette adhérence et la circulation se rétablit immédiatement.

Les anses grêles dilatées ont rempli le petit bassin en étranglant une partie de l'intestin grêle qui a été incarcérée entre le bord du mésentère et le paquet d'anses qui se sont rabattues vers la gauche. On soulève ce paquet d'anses et la circulation se rétablit dans tout le grêle. Quantité appréciable de liquide séro-hématique dans le péritoine. Le péritoine est congestionné.

Le 28 novembre, dans la soirée, mise en place de l'aspiration duodénale continue. Sérum intraveineux. Solution antichoc.

Le lendemain, l'aspiration ramène plus d'un litre de liquide. L'état général devient excellent. On arrête l'aspiration.

Les suites sont excellentes, le malade rend des gaz par l'anus. Le 30 et jours suivants, le malade a des selles normales.

Il quitte l'hôpital guéri le 20 décembre 1941.

Observation XI (Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Docteur Goumain

M^me^ M... Opération le 1^er^ novembre 1941 (Docteur Goumain). Cure d'une hernie crurale droite étranglée. En un point, l'intestin un peu noirâtre est fermé sur une bourse, il est réintégré.

Le 16 novembre 1941, la malade sort de la clinique après avoir eu des suites normales, en particulier transit normal.

Le 18 novembre 1941, elle est prise assez brusquement de douleurs dans la fosse iliaque droite, à type de coliques, avec arrêt des matières et des gaz; éructations, pas de vomissements.

A l'examen : ventre ballonné avec dessin d'anses immobiles, un peu douloureux dans la fosse iliaque droite. Température normale. Pouls normal.

A 19 heures (soit vingt heures après le début de la crise), après échec de la thérapeutique médicale (sérum salé, prostigmine), intervention (Docteur Goumain). Laparotomie médiane sous-ombilicale : anses grêles rouges, dilatées, sérosité purulente entre les anses. Au voisinage du cœcum, plusieurs anses sont agglutinées entre elles et à la paroi. Le cœcum et le grêle à son voisinage sont recouverts de fausses membranes. Pas de traces de perforation, il n'y a d'ailleurs pas de liquide intestinal dans le ventre.

Mickulicz dans la fosse iliaque droite, iléostomie à la Witzel sur une des anses dilatées.

Suites opératoires : mise en place d'une aspiration continue qui fonctionne pendant quarante-huit heures; l'iléostomie fonctionne pendant trois jours.

Les suites opératoires sont particulièrement bonnes.

Cette malade, qui avant l'opération paraissait très fatiguée, pour laquelle on avait porté un pronostic grave après constatation des lésions, émet des gaz après trois jours et a une selle au sixième jour.

Iléostomie supprimée le quatrième jour. La fistule se tarit spontanément en huit jours.

En résumé, occlusion postopératoire par agglutination d'anses grêles liée à une péritonite de cause inconnue et pour laquelle l'aspiration continue a paru constituer un complément utile à l'iléostomie, chacune de ces deux méthodes n'ayant pas donné séparément le résultat obtenu.

Observation XII (Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Docteur Goumain

M^me^ X..., cinquante-neuf ans.

Intervention (Docteur Goumain). Cancer du rectum. Anastomose iléo-transverse.

Suites opératoires : dans la nuit du 22 septembre, la malade est prise assez brusquement de coliques et de vomissements bilieux et même noirâtres; ventre ballonné, dessin des anses ditatées.

Il paraît s'agir d'une occlusion mécanique probablement liée à une incarcération des anses sous l'anse grêle anastomotique; il existait là, en effet, une brèche qui avait été difficile à colmater. Mais la malade, qui était déjà à son arrivée à la clinique dans un état de cachexie avancée, ne paraît pas pouvoir supporter une autre intervention.

Mise en place de l'aspiration continue. Pendant trois jours, évacuation d'une grande quantité de liquide porracé et noirâtre, amélioration de l'état général manifeste, mais l'occlusion ne se lève pas.

Le 24 septembre 1941, on décide de réintervenir et on fait une anastomose au bouton entre une anse dilatée et une anse aplatie. Il s'agit bien d'une incarcération des anses en arrière du grêle, on ne peut songer à la réduire.

Le 25 septembre 1941, *exitus*.

En résumé, occlusion mécanique postopératoire dans laquelle l'aspiration continue a permis de prolonger la malade avec un état général relativement bon et qui, évidemment, n'a pas levé la cause de l'occlusion.

Observation XIII (Inédite)

Service de M. le Professeur Jeanneney

L... (Rosalie), soixante-six ans.

La malade entre dans le service le 21 octobre 1941 pour hernie crurale étranglée. A l'intervention, on trouve une anse ulcérée, noire; sans débrider le sac, on incise l'anse intestinale et l'on met en place une sonde de Pezzer. La paroi n'est pas refermée.

Le 22 octobre, les vomissements ont disparu, la sonde donne normalement, le ventre est souple.

Dans la nuit du 23, des vomissements fécaloïdes se produisent; ils se prolongent dans la matinée.

A l'aide du mandrin conducteur, on passe très facilement la sonde. On met l'aspiration en marche. Aussitôt, on ramène une importante quantité d'un liquide brunâtre. La malade est très soulagée.

On intervient le lendemain. On pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale. L'anse herniée est réséquée après ligature au ras de l'orifice; de plus, résection cunéiforme du mésentère, anastomose latéro-latérale, puis fermeture sans drainage. On enlève l'anse sphacélée et on pratique la cure de la hernie crurale. On laisse la plaie largement ouverte après poudrage au septoplix et mise en place d'une mèche.

L'aspiration continue est remise en place et en fonctionnement. On recueille une grosse quantité d'un liquide brun, fécaloïde. Le lendemain, le liquide aspiré est blanc.

Les jours suivants, la malade va mieux. Mais elle est emportée onze jours après l'intervention par des complications pulmonaires.

Observation XIV (Inédite)

Service de M. le Professeur Jeanneney

T... (Marie), soixante-quinze ans.

Malade opérée le 9 octobre 1941 pour hernie étranglée. On trouve à l'intervention une anse grêle violacée avec une perforation de la taille d'une lentille.

Le lendemain 10 octobre, la sonde est introduite sans mandrin. On retire par aspiration continue environ 1 l. 500 d'un liquide marron. La malade est immédiatement soulagée. La sonde est laissée en place pendant trois jours. L'aspiration est interrompue de temps à autre.

Le 15 octobre 1941, la malade a eu deux selles. Au point de vue péritonéal et intestinal, tout danger semble écarté.

La malade meurt quelques jours plus tard de complications pulmonaires.

Observation XV (Inédite)

Service de M. le Professeur Jeanneney

G... (Fernand), cinquante-six ans.

Le malade est opéré le 3 décembre 1941 par M. le Professeur Jeanneney qui pratique une gastroentérostomie pour un gros ulcère calleux.

Le lendemain, le malade présente du hoquet, du ballonnement, des vomissements bilieux. Il est agité, l'état général n'est pas bon, il a un mauvais facies. Il présente un certain état d'agitation. Pas de température.

On installe l'aspiration qui est maintenue pendant quarante-huit heures. Plusieurs litres de liquide sont aspirés. Le ventre redevient plat, le malade redevient calme, les vomissements ont cessé. Le malade signale qu'il a eu des gaz.

Les suites sont normales.

Observation XVI (Inédite)

Service de M. le Professeur Jeanneney

C... (Jean) Homme de quarante ans, opéré le 10 décembre 1941 pour ulcère de l'estomac par M. le Professeur Jeanneney. Gastrectomie.

Vingt-quatre heures après l'intervention, le malade présente des nausées, du hoquet, un léger ballonnement épigastrique. Il ne vomit pas. Pas de température. Pouls normal.

On installe l'aspiration duodénale continue, qui retire un

litre de liquide. Le malade ressent aussitôt un gros soulagement, nausées et hoquet disparaissent.

Le malade va très bien pendant quelques jours, on compte sur son rétablissement; mais c'est un parfait éthylique qui demande à boire constamment. Il meurt bientôt au cours d'une crise de *delirium tremens* après avoir englouti le contenu de son bocal d'urines et d'un flacon d'eau de Cologne.

Observation XVII

Service de M. le Professeur Jeanneney

(*Journal de Médecine de Bordeaux*, 30 novembre 1941)

Ulcère pylorique perforé (enfouissement, aspiration continue)

Cr... (Emile), cinquante-six ans, est amené d'urgence avec syndrome d'ulcère perforé depuis ving-deux heures. Etat général mauvais.

Intervention le 30 juin (Docteur Goumain). Anesthésie locale. Laparotomie médiane sus-ombilicale. Ulcère pylorique perforé. Enfouissement. Drainage.

Suites opératoires : aussitôt après l'opération, mise en place par la narine d'une sonde pour aspiration gastrique.

Pendant trente-six heures, la sonde fonctionne et évacue plusieurs litres de liquide.

Le 2 juillet, on cesse l'aspiration. Ventre plat. Le malade a eu des gaz.

Suites normales.

Observation XVIII (Inédite)

Service de M. le Professeur Jeanneney

C... (Edith). Malade de dix-huit ans opérée le 15 décembre 1941 par le Docteur Goumain pour appendicite.

La malade, enceinte de deux mois et demi, habituellement constipée, est prise brusquement, le 12 décembre au soir, de violentes douleurs dans tout l'abdomen. Ces douleurs s'accom-

pagnent de vomissements et d'un arrêt total des matières et des gaz.

Elle entre dans le service le 15 décembre. Elle présente un abdomen très météorisé. Tout l'abdomen est douloureux, avec points particuliers dans la fosse iliaque droite et la région lombaire. Le pouls est à 150, la température à 39°. Le facies est gris plombé.

Intervention. Dès l'ouverture du péritoine s'écoule un pus abondant et fétide de toute la cavité abdominale. L'appendice, perforé à sa base et gangréné, est en position sous-cœcale postérieure. On pratique son ablation; mise en place d'une mèche. Le pronostic postopératoire est très mauvais.

On installe l'aspiration qui ramène un liquide assez abondant, vert foncé. Elle est maintenue pendant quarante-huit heures.

D'agitée, la malade est redevenue calme, le facies s'est considérablement amélioré, le ventre s'est assoupli, l'état général est devenu bon. Les suites opératoires ont été normales.

L'aspiration contiue a permis de traiter une malade en état de péritonite grave. Elle a très rapidement transformé un pronostic postopératoire très sombre.

Observation XIX (Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Professeur Jeanneney

Malade de quarante-quatre ans. Opérée d'hystérectomie pour fibrome et pyosalpinx droit. Intervention complétée par la mise en place d'un Mickulicz.

Suites opératoires : le lendemain, la malade présente un mauvais facies, est agitée. Le pouls est à 120. Le ventre est énormément ballonné. Nausées, vomissements. Syndrome de péritonite.

On installe l'aspiration continue. Elle fonctionne pendant vingt-quatre heures. On note une amélioraton remarquable par sa rapidité. L'état général remonte. Le facies s'éclaire. Le pouls baisse,

Les suites opératoires prennent alors un cours normal.

La malade sort de la maison de santé guérie un mois après.

Observation XX (Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Massé

M^me^ R... (Geneviève), quatre-vingt-cinq ans.

La malade entre dans le service le 14 octobre 1941. Depuis huit jours, elle présente des vomissements, les derniers fécaloïdes. Pas de selles, mais il semble que la malade ait émis quelques gaz (difficile à faire préciser, car la malade a un psychisme très diminué).

A l'examen : abdomen en état d'occlusion.

Dès son entrée, installation d'une aspiration duodénale continue.

Le premier jour, 14 octobre : un litre et demi de liquide vert noirâtre, fétide.

Le deuxième jour, 15 octobre : un litre.

Le 14 octobre : lavement baryté; le cadre colique s'injecte assez bien.

En même temps que l'aspiration, 1 litre quotidien de sérum intraveineux.

L'état général s'améliore, la langue devient humide.

Le 16 octobre 1941 : état général aggravé. Pouls à 140. Langue rôtie. On décide de faire un anus cœcal.

Anesthésie locale. On trouve un cœcum aplati. Le cadre colique sous-jacent n'est pas dilaté. L'exploration du grêle montre que les anses ne sont pas distendues. L'intestin, dans son ensemble, est aplati, atone, sans contractions.

On fait une iléostomie à la Witzel sur une anse grêle qui semble un peu dilatée.

Evolution : sérum hypertonique intraveineux et par la sonde. Sérum physiologique intraveineux et sous-cutané. Surparine.

Les jours suivants, il s'écoule des matières par la sonde d'iléostomie (environ 1/2 litre par jour). La malade émet des gaz et a une selle diarrhéique. Amélioration de l'état général.

Dès le 17, on arrête l'aspiration duodénale.

Le 19 au soir, la malade arrache la sonde. L'état général se maintient satisfaisant. La malade s'alimente.

Exitus le 31 octobre de complications pulmonaires, bien qu'on ait fait lever la malade tous les jours dans son fauteuil. Urée : 1 gr. 40.

En résumé, il s'agit d'une occlusion paralytique améliorée par l'aspiration continue.

Observation XXI (Inédite)

Service de M. le Professeur Jeanneney, due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé J. Magendie

L... (Paul), cinquante-sept ans.

Il s'agit d'un homme en excellent état jusqu'au 10 septembre 1941. Ce jour là, après son travail, vers 19 heures, le malade est pris brusquement de douleurs.

Ces douleurs, à type de crampes, siègent au creux épigastrique, donnent au malade une sensation de faim douloureuse. Il prend du potage qui ne le soulage nullement; au contraire, les douleurs s'accroissent, prennent le type de coliques, s'irradient dans tout l'abdomen. Il y a un arrêt des matières et des gaz (le malade avait eu une selle normale le matin), un météorisme apparaît progressivement. Le malade n'a pas uriné pendant la crise. Son médecin, appelé, fait faire un traitement médical analogue à celui formulé au cours d'une précédente crise ayant eu les mêmes caractères.

Mais le malade continue à souffrir toute la nuit et, le lendemain, il vomit. Il ressent de plus une sensation de brûlure dans la région lombaire, sensation ne s'irradiant pas.

A l'examen du 11 septembre, le malade présente un gros météorisme abdominal avec prédominance dans la région épigastrique, pas de mouvements de reptation nets, ni spontanés, ni provoqués. La recherche des points urétéraux et la palpation des reins se sont montrées négatives. Toucher rectal négatif. Température 37° 6. Pouls à 74.

On installe la sonde sans mandrin; elle atteint l'estomac en quelques secondes. On met l'aspiration en marche. Immé-

diatement on retire 2 l. 200 d'un liquide fécaloïde, qui devient par la suite verdâtre, puis jaune citrin.

Le malade se sent aussitôt soulagé.

Le lendemain 12 septembre, le météorisme a diminué avec cependant présence d'une voussure épigastrique montrant à ce niveau la présence d'une anse dilatée sur laquelle on fait apparaître des mouvements péristaltiques.

L'aspiration est prolongée toute la journée et continuée le lendemain. Elle a duré quarante-huit heures.

Le 13, dans l'après-midi, le malade évacue des gaz par l'anus; le 14, il présente une selle normale, le météorisme a complètement disparu.

On pratique à la fin de la crise une radiographie qui ne montre pas d'obstacle mécanique.

En interrogeant ce malade, on apprend qu'il a présenté une crise absolument analogue deux mois auparavant, l'arrêt des matières et des gaz a été complet pendant vingt-quatre heures.

Le caractère des douleurs sans irradiation spéciale ne permet pas de penser à une colique néphrétique, mais on note cependant qu'il y a eu impossibilité d'uriner tant qu'elle a duré.

D'autre part, cet homme présente depuis 1918 une ptose rénale gauche.

Ce malade a peut-être fait un iléus paralytique au cours d'une colique néphrétique, atypique par le caractère de ses douleurs, mais les phénomènes d'occlusion ont duré trois jours avec une intensité et un retentissement grave sur l'état général, tels qu'ils en imposaient pour une occlusion mécanique.

Si on n'avait pas eu à sa disposition l'aspiration duodénale continue comme moyen médical à pratiquer en attendant l'évolution de la crise, c'est à la laparotomie médiane qu'on aurait eu recours d'emblée.

Cette observation est un exemple de diagnostic douteux, dans lequel la pratique de l'aspiration continue a permis de gagner du temps et de rendre service au malade en évitant une laparotomie inutile.

Observation XXII (Inédite)

Service de M. le Professeur Jeanneney

M^me^ P... En traitement au Sanatorium Xavier Arnozan pour bacillose pulmonaire, la malade a présenté a plusieurs reprises des crises d'occlusion intestinale qu'on a attribuée à un volvulus du colon pelvien et qui se sont dénouées spontanément.

Le 31 octobre 1941, elle entre dans le service en pleine occlusion depuis cinq ou six jours et dans un état général extrêmement bas. A l'examen, le ballonnement énorme de l'abdomen contraste avec la cachexie de cette malade. On propose l'intervention sous anesthésie locale, la malade refuse espérant la résolution de sa crise comme les fois précédentes.

On n'insiste pas devant l'état général déplorable et l'aggravation rapide des symptômes.

Pour soulager la malade, on installe une aspiration continue; bien que la malade soit presque mourante, le passage de la sonde est facile à l'aide du mandrin.

On retire rapidement un demi-litre d'un liquide verdâtre. La malade ne souffre plus; les nausées cessent.

Elle meurt le 6 novembre 1941.

Cette observation est un exemple d'indication de l'aspiration duodénale continue chez une malade inopérable. Le soulagement procuré très rapidement la rend cependant très intéressante.

RÉSULTATS

Nous ne voulons parler que des résultats immédiats. Ceux-ci sont nombreux et intéressants. En effet, on note très rapidement la diminution du ballonnement. L'agitation cesse très souvent. La respiration diaphragmatique devient plus ample, plus aisée. Les efforts et les vomissements sont totalement supprimés.

La soif si pénible dont se plaignent ces malades est combattue, ils peuvent prendre des boissons abondantes puisque les liquides sont retirés dès leur ingestion. L'état général est notablement amélioré dans la grande majorité des cas.

Toujours l'intervention peut se faire dans de bien meilleures conditions.

CONCLUSIONS

D'après l'ensemble des observations et des recherches dont nous venons d'exposer les résultats, il est indéniable que l'aspiration duodénale continue ait apporté une amélioration indiscutable dans la thérapeutique de l'occlusion intestinale.

Son efficacité étant fonction de la précocité de son emploi, nous pensons que tout service chirurgical devrait être doté d'une installation à mise en marche rapide et facile.

Ainsi réalisée, si on peut dire qu'elle est un triomphe dans les occlusions paralytiques postopératoires, nous avons vu tout au long de notre exposé qu'elle rendrait de précieux services dans la préparation de l'intervention.

Nous ne discuterons pas sa supériorité sur le lavage d'estomac dont elle entraînera vraisemblablement la suppression.

Remplacera-t-elle l'iléostomie ? Il est encore trop tôt pour l'affirmer, mais nous pensons qu'elle en limitera l'emploi, grâce à l'efficacité de son drainage et à la bénignité de son application.

Elle a sauvé bien des malades : n'oublions pas qu'elle donne souvent « l'accalmie traîtresse » qui risque de nous faire perdre de vue son rôle d'adjuvant et de laisser passer l'heure chirurgicale. Avant cette heure, elle est d'un secours remarquable pour le chirurgien; passée cette heure, elle devient un gros danger pour le malade, car si elle facilite l'intervention nécessaire, elle ne doit en aucun cas la retarder. Nous ne devons pas la considérer comme une

méthode médicale de traitement de l'occlusion intestinale; si le malade nous semble parfois renaître à la vie, l'élément mécanique de son occlusion n'en demeure pas moins.

Elle donne cependant à elle seule des résultats intéressants dans les cas d'occlusion réflexe provoqués par un syndrome douloureux de voisinage : elle évite la laparotomie exploratrice. Elle reste enfin la suprême ressource des occlusions inopérables et soulage le malade inguérissable.

En somme, l'aspiration duodénale continue, appliquée avec prudence dans les cas incertains, avec autorité dans les autres, est un élément thérapeutique d'une efficacité certaine. On peut affirmer que la thérapeutique des occlusions intestinales a pu faire un progrès remarquable grâce à cette méthode.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
P. MAURIAC

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
JEANNENEY

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 19 janvier 1942.
L'Inspecteur général de l'Enseignement supérieur,
Recteur de l'Académie,
A. LIRONDELLE

BIBLIOGRAPHIE

ARBOTT et RADVIN. — Une méthode non chirurgicale pour diagnostiquer, localiser et traiter les lésions occlusives de l'intestin. *Joint meeting of New-York Surgical Society and Philadelphia Academy of Surgery*, 9 février 1938.

ARBOTT, ZETZEL et GLENN. — Observations sur l'activité motrice de l'intestin grêle occlus, faites au cours d'intubations thérapeutiques. *Amer. Journ. Med. Sc.*, 1938, **195.**

BAKER. — Traitement de l'occlusion mécanique par le tube duodénal et l'aspiration continue. *Journ. South Carolina Med. Assoc.*, 1937, **33.**

BARRETT et BATTLE. — Décompression intestinale par aspiration naso-duodénale. *St. Thomas Hosp. Report*, 1936, **1.**

BROCQ (Pierre), ISELIN (Marc) et EUDEL (François). — L'aspiration continue d'après Wangensteen, dans l'occlusion intestinale aiguë. *Mém. Acad. de Chir.*, 1941, **67,** 7-8.

BROCQ (Pierre), ISELIN (Marc) et EUDEL (François). — L'aspiration duodénale continue dans le traitement de l'occlusion intestinale. *Presse Médicale*, 17 juin 1941.

FURNISS. — Modifications au drainage par aspiration de Wangensteen. *Surg. Gyn. Obst.*, 1939, **68.**

GOUMAIN (J.-M.). — Une méthode nouvelle dans le traitement de l'occlusion intestinale aiguë. L'aspiration continue gastro-duodénale. Son application dans le traitement des ulcères perforés. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 30 novembre 1941.

HEGGS. — Aspiration duodénale continue dans l'iléus paralytique et l'occlusion intestinale : technique améliorée. *The Lancet*, 1937, **2.**

JOHNSTON et PENBERTY. — La décompression du grêle dans le traitement de l'occlusion intestinale aiguë. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 1939, **111.**

JOHNSTON, PENBERTY, NOER et KENNING. — Décompression du grêle dans le traitement de l'occlusion intestinale. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 1939, **111.**

LANCE (Pierre). — L'aspiration continue par sonde duodénale dans les occlusions aiguës. *Gazette des Hôpitaux*, 16-19 avril 1941.

MILLER et ABBOTT. — L'intubation intestinale : une technique pratique. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 1934, **187.**

NORTHROP. — L'aspiration par sonde nasale, ses effets sur la composition chimique du sang. *Arch. of Surgery*, juin 1935.

OCHSNER et STORCK. — Décompression mécanique de l'intestin dans le traitement de l'iléus : ses effets sur la pression sanguine. *Arch. of Surg.*, 1936, **33.**

PAINE, CARLSON et WANGENSTEEN. — Traitement de la distension gazeuse et des nausées et vomissements postopératoires. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 1933, **100.**

SOUPAULT (R.) et BÉNASSY (J.). — Tubage gastrique à demeure, par la sonde naso-pharyngienne, au cours des iléus paralytiques. *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 12, 19 et 26 mars 1941.

SOUPAULT (R.) et BÉNASSY (J.). — Conceptions actuelles sur l'occlusion intestinale aiguë grêle. *Paris Médical*, 10 septembre 1941.

TAYLOR. — Aspiration gastrique par sonde nasale ayant provoqué la mort par alcalose. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 1937, **109.**

WANGENSTEEN. — Le diagnostic et le traitement de l'occlusion intestinale aiguë. *Northwest. Med.*, 1931, **30.**

WANGENSTEEN. — Le diagnostic précoce de l'occlusion intestinale aiguë, avec des considérations sur sa pathologie et son traitement. Trois observations d'occlusions mécaniques traitées avec succès à l'aide de l'aspiration par sonde nasale. *West. Journ. Surg.*, 1932, **40.**

WANGENSTEEN. — Considérations sur le traitement de l'occlusion intestinale aiguë : technique de l'entérostomie et nouveaux faits sur l'emploi de la décompression à l'aide de l'aspiration par sonde nasale. *Arch. Surg.*, 1933, **26.**

WANGENSTEEN. — Le traitement rationnel de l'occlusion intestinale aiguë. *Surg. Gyn. Obst.*, 1937, **64.**

WANGENSTEEN. — Les problèmes thérapeutiques de l'occlusion intestinale aiguë. 1 vol., chez Thomas, Springfield.

WANGENSTEEN. — L'occlusion intestinale aiguë; son diagnostic et son traitement. *New Engl. Med. Journ.*, 1938, **219.**

WANGENSTEEN. — Conduite à tenir au cours de l'occlusion intestinale aiguë. *The Lancet*, 1939, **54.**

WANGENSTEEN et PAINE. — Le siphonage-aspiration par sonde nasale : ses indications et sa technique. *Minnes. Med.*, 1933, **16.**

WANGENSTEEN et PAINE. — Le traitement de l'occlusion intestinale aiguë par l'aspiration avec le tube duodénal. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 1933, **101.**

WANGENSTEEN, REA, SMITH et SCHWYZER. — L'expérience de l'emploi de l'aspiration dans le traitement de l'occlusion intestinale aiguë. *Surg. Gyn. Obst.*, 1938, **68.**

WARD. — Appareillage pour le lavage continu gastrique ou duodénal. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 1925, **84.**

Bordeaux. — Imp. E. DROUILLARD, place de la Victoire, 3.